

· 护理园地 ·

经皮穿刺气管切开术的护理体会

薛 凡, 曹静明

[关键词] 经皮穿刺气管切开术; 护理; 体会

[中图分类号] R472.9 [文献标志码] B [文章编号] 1672-271X(2011)02-0166-02

经皮穿刺气管切开术(percutaneous dilatational tracheostomy, PDT)是借鉴 Seldinger 血管穿刺技术原理的一种微创气管切开技术^[1]。2010 年 1 月至 11 月, 我院 ICU 对 15 例患者实施此手术, 手术顺利, 效果满意, 现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组 15 例中, 男 12 例, 女 3 例, 平均年龄 60.2 岁, 其中肺部感染 6 例, 重度颅脑损伤 2 例, 脑出血 2 例, 食管下段癌 1 例, 病毒性脑膜炎 1 例, 冠心病 1 例, 急性肾衰竭 1 例, 肝移植术后 1 例; 意识清楚 8 例, 昏迷 7 例; 原有气管插管 15 例。

2 护理配合

2.1 术前准备 器械准备: 经皮扩张气管切开套装(内有: 注射器、扩张钳、导丝、气囊气管插管)、听诊器、加压面罩、灭菌纱布、手套、药品(肾上腺素、阿托品、利多卡因、丙泊酚、500 ml 生理盐水 1 瓶)。准备吸痰装置、吸氧装置、备好呼吸机及简易呼吸囊。抽吸好丙泊酚, 根据病情准备好其他镇静及血管活性药物。对意识清醒的患者, 护士应有针对性地对其进行有效的心理疏导, 介绍气管切开插管的重要性, 操作方法, 消除恐惧感。评估气管切开困难程度。观察患者是否有短颈, 颈部活动受限, 下颌骨骨折, 喉部外伤或上呼吸道阻塞等。

2.2 术中配合

2.2.1 体位准备 将床头放平, 患者取仰卧位, 肩部垫枕, 头后仰, 使颈部完全暴露。在肩部垫枕时要注意, 一般由 3 人协作比较安全, 因为危重患者除了带有气管插管并且连接呼吸机管道外, 还有颈部或锁骨下静脉穿刺、胃管及各种手术后放置的引流管

等多种管道^[2]。若抬高患者肩部力度不够或者协作不协调, 容易将患者的各种管道牵拉出来, 造成管道移位或意外拔管的危险。所以在为患者摆体位前, 应将各种管道留置足够长度。摆体位时, 将患者的肩部抬高, 枕头下垫, 使其处于头后仰位置, 口、咽、气管在一条直线上。

2.2.2 保护性约束 未经口或鼻气管插管接呼吸机辅助呼吸的患者, 应用面罩给高浓度氧至少 2 min。静脉推注丙泊酚镇静, 注意推注速度不可过快、剂量不可过大, 以免对患者呼吸、循环造成不良影响。

2.2.3 方法 充分吸痰后, 将合适型号的气管插管取出, 用无菌注射器检查充气囊是否正常, 再将气囊内气体回抽干净后备用。操作者在患者颈前部常规消毒铺无菌巾, 于前正中线第二与第三气管软骨环间隙处, 局麻后作 1.0 ~ 1.5 cm 横切口。护士将经口或鼻气管插管部分退出, 使其末端位于切口上。同时操作者将套管针经气管软骨间隙刺入气管内, 回吸有气证实进入气管, 退出针芯, 置入导丝, 依次应用扩张器和扩张钳钝性扩张皮下及气管软骨间隙, 沿导丝置入气管套管, 与此同时护士充分吸痰并将原气管插管拔除, 操作者迅速拔除气管套管管芯及导丝, 将气囊充气并固定套管, 再次充分吸痰后接呼吸机或给氧气吸入, 手术配合完毕。

2.2.4 呼吸道通畅 插管过程保持呼吸道通畅及时吸出呼吸道分泌物, 如插管失败, 有经口或鼻气管插管患者要重新调整好插管位置, 接呼吸机辅助呼吸。无插管者应立即给予高流量吸氧, 必要时应用简易呼吸囊连接加压面罩给氧, 以纠正患者的缺氧状态。术中严密观察患者的面色和呼吸、血压等变化, 保持呼吸道通畅, 一旦发生呼吸抑制、血压下降、心率减慢等情况, 应立即作相应处理。

2.2.5 插管位置适宜 判断插管位置是否适宜的标准为: 导管端有气流呼出, 能听到吸气流声, 两肺呼吸音上下左右均匀一致, 挤压呼吸囊时两侧胸廓

作者简介: 薛 凡(1976-), 女, 江苏东台人, 本科, 护师, 从事 ICU 护理管理及护理工作

作者单位: 210002 江苏南京, 解放军 81 医院 ICU

通讯作者: 薛 凡, E-mail: jessie_valeron@yahoo.com.cn

同时均匀抬起,无上腹部膨胀现象等。

2.2.6 固定气管插管 手术成功后,清洁术区,检查气管插管位置及气囊充气情况,用寸带固定气管插管,绕颈一周,松紧以容纳一指为宜。用灭菌纱布覆盖管周皮肤。

2.3 术后护理

2.3.1 气管切口的护理 切口周围的纱布垫要清洁干燥,每日消毒更换 2~3 次,必要时随时更换,减少污染可能,气管套管垫一般用 4~8 层的无菌纱布较为合适。

2.3.2 套管的固定 气管切开后应选用气管套管固定和松紧度的调整牢固的布绳固定套管,不可选用松紧带或有伸缩性的纱布条,套管系带要打死结,以免滑脱,每天及时检查固定带的松紧度,并随时加以调节,一般以带下能伸进一指为宜,套管过松容易滑脱,过紧可导致颈部血流障碍^[3]。

2.3.3 气道的湿化 人工气道的开放导致每日用来湿化吸入气体蒸发的水量增加。因此,要有足量的湿化液湿化气道,24 h 为 200~300 ml^[4]。可根据痰液黏稠度在患者吸气时,沿气管套管内缘适当滴入湿化液 3~5 ml 于气管内,1~2 min 后及时吸出痰液,吸痰后可定时滴入湿化液 0.5~1 ml 于气管套管内,以防止痰液形成干痂。

2.3.4 促进排痰 定时协助患者翻身叩背 1 次/2 h,患者应保持正确体位,一般平卧时应把头抬高 10°~15°,侧卧时应使头、颈、躯干处于同一轴线,以避免气管套管或气囊对气管壁的摩擦压迫,减轻气管损伤,叩背时应从下而上,五指并拢、掌心隆起,适度用力叩背,借震动使气管内分泌物排出。

2.3.5 正确吸痰 根据气管套管的大小选择合适

的吸痰管,吸痰时动作敏捷,边退管边吸痰,切忌在同一部位长时间反复提插吸痰,每次吸痰时间小于 15 s,负压保持在 10.7~16.0 kPa。吸痰过程中要观察患者的心率、心律、血压、血氧饱和度。如有异常立即停止吸痰并给予 100% 纯氧吸入。吸痰频率也不宜过高,以免损伤呼吸道黏膜,应在患者有吸痰必要时再进行。吸痰过程中应严格无菌操作,以防止呼吸道感染及气道损伤。

经皮扩张气管切开术在重症监护病房(ICU)患者的抢救和治疗中应用极为广泛^[5]。也是各种急危重症患者救治过程中的一项非常实用而重要的技术。这项技术因其操作简单,手术时间短并发症少,在良好的医护配合下,能在短时间内完成,迅速建立人工气道,恢复患者的通气与供氧,是逆转急危重症患者病情和预后的关键^[6]。

【参考文献】

- [1] 吴志萍. ICU 患者气管切开护理[J]. 护理研究, 2003, 17(6): 46-47.
- [2] 计惠明. 经皮气管切开术与常规气管切开术的比较[J]. 国外医学: 护理分册, 2001, 20(7): 320-321.
- [3] 许玉荣. ICU 护士在经皮穿刺旋转扩张气管切开术中的配合及护理[J]. 家庭护士, 2008, 6(2): 404-405.
- [4] 石美玉. 人工气道湿化方法的研究进展[J]. 中华护理杂志, 2002, 37(7): 539.
- [5] 解建, 李涛, 邱洁, 等. 经皮扩张气管切开术在机械通气患者的应用[J]. 世界急危重病医学杂志, 2005, 2(2): 598-600.
- [6] 申江, 钟正江, 胡星星, 等. 经皮扩张气管造口术与气管切开术在 ICU 应用比较[J]. 东南国防医药, 2009, 11(2): 61-62.

(收稿日期: 2010-12-09)

(本文编辑: 孙军红)